

ВЕНОЗНЫЕ ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹*Жидков С.А., ²Дубняк В.А., ¹Зайцев М.В.*

¹*Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский
государственный медицинский университет», г. Минск,*

Республика Беларусь

²*Учреждение здравоохранения «25-я Центральная районная поликлиника»
Московского района г. Минска, Республика Беларусь*

Актуальность. Трофические язвы – это длительно незаживающий дефект кожи и глубоко лежащих тканей, возникающий в результате нарушения кровообращения, иннервации либо сочетания этих дефектов. Дефект должен существовать не менее 6 недель. Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) является одной из самых частых причин возникновения трофических язв. Сроки их появления весьма переменчивы. Давно описаны нарушения трофики тканей при сахарном диабете (СД).

Сочетание этих двух заболеваний – тяжелое испытание для пациента. Нарушение венозного оттока усугубляет изменения тканей при СД. Повышение уровня глюкозы крови ухудшает результаты хирургического лечения ВБНК. До сих пор до конца не изучено влияние этих двух заболеваний друг на друга.

Цель. Установить особенности возникновения и течения трофических язв при ВБНК и СД.

Материалы и методы. Изучен и проведен анализ лечения 35 пациентов с трофическими язвами при ВБНК в УЗ «25-я центральная районная поликлиника Московского района г. Минска» и УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска». Женщин было 21 (60%), мужчин 14 (40%). В возрасте 41-60 лет было 4 пациента (11,4%), 61-74 – 18 (51,4%), 75-89 лет – 13 (37,2%). Были изучены сроки возникновения язв от начала ВБНК, длительность заболевания СД, влияние СД на процессы заживления и результаты операций. У всех СД был 2 типа.

Результаты. Из 35 пациентов 1 (2,9%) считает себя больным ВБНК 10 лет; 4 (11,4%) – 11-15 лет; 30 (85,7%) – более 15 лет. Было установлено, что 25 пациентов (71,4%) болели СД более 10 лет; 5 (14,3%) от 6 до 10 лет и 5 (14,3%) от 3 до 5 лет.

Сроки появления трофических язв от начала проявления ВБНК были следующими: от 3 до 5 лет – 1 пациент (2,9%); 6-10 лет – 7 (20%); 11-15 лет – 15 (42,4%); свыше 15 лет – 12 (34,2%).

Из 35 пациентов 32 (91,4%) получали препараты от СД: метформин – 12 (34,2%), комбинацию метформина с гликлазидом – 16 (45,7%).

Инсулинотерапия проводилась в 8 случаях (22,0%). При лечении метформином уровень глюкозы у 2 пациентов из 12 (16,6%) был выше 10 ммоль/г; в случае комбинированного лечения у 4 из 16 (25%). При инсулинотерапии сахар крови у всех был ниже 7 ммоль/г. Следует отметить, что лечение в стационаре по поводу СД прошли лишь 2 (5,8%) пациента. Один раз в год посещали эндокринолога 32 пациента (91,4%).

Что касается сопутствующей сердечной патологии – 100% пациентов страдали различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, АГ, аритмия и т.д.)

Такие осложнения СД, как диабетическая ангиопатия, нейропатия, нефропатия установлены в 18 (51,4%) случаев.

Следует отметить, что хирургическое лечение ВБНК было произведено у 11 пациентов (31,1%), причем у 5 (14,4%) после появления трофической язвы. Язвы после операции возникали от несостоятельности перфорантных вен, которая не была устранена.

Из анамнеза установлено, что 13 пациентов (37,1%) перед появлением язв перенесли тромбофлебит или флеботромбоз пораженной конечности.

Пребывание в стационаре зависело от возраста: в среднем 11 дней – в 41-60 лет; 15 дней – 61-74 года; 19 дней – 75-89 лет.

Умерло в процессе наблюдения и лечения 6 (16,9%) пациентов.

Выводы. Таким образом к появлению трофических язв при ВБНК и СД склонны лица пожилого и старческого возраста с длительностью ВБНК и СД более 10 лет, страдающие сердечно-сосудистой патологией. Прогрессированию ВБНК способствует нерегулярное и бессистемное лечение СД. При операциях по поводу ВБНК необходимо помнить о необходимости перевязки либо вапаризации перфорантных вен голени.